# 後期高齢者医療特定疾病認定申請に係る証明書

<table>
<tr><td rowspan="3">被保険者</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td>明　大　昭　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾　病　の　名　称</td><td>1　人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）<br>3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）</td></tr>
<tr><td colspan="3">医師の証明<br><br>1　上記の疾病により治療を受けていることに相違ありません。<br>2　その他（　　）<br>年　　月　　日<br><br>医療機関の名称<br><br>医療機関の所在地<br><br>医　　師　　名　　印</td></tr>
</table>